



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Salud Pública

**PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE
CUENCA. CUENCA 2009.**

**Tesis previa a la obtención del título de
Magister en Salud Pública**

AUTORA: Dra. Diana Larriva Villarreal

DIRECTORA: Dra. Nancy Auquilla

ASESOR: Dr. Ismael Mbrocho

Cuenca-Ecuador

2009

Responsabilidad:

La autora es responsable de los
conceptos vertidos en la presente investigación.

Agradecimiento:

A las autoridades y Departamentos de Bienestar Estudiantil de los colegios Asunción, Militar Abdón Calderón, Miguel Moreno, Carlos Cueva Tamariz y Daniel Córdova por la colaboración brindada.

A los estudiantes de los distintos colegios por su interés y contribución al desarrollo del presente estudio.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y a la Maestría en Salud Pública por la formación integral de recursos humanos en salud.

Dedicatoria:

A mis padres,

Hernán y Ana María

A mi esposo Carlos, y mis hijos

Carlitos y Panchito, por su apoyo y amor incondicional.

IV

Resumen:

Objetivo: Determinar la prevalencia de ideación suicida y factores asociados en adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal en 755 adolescentes escolarizados de 12 a 19 años. La muestra fue por conglomerados. Los instrumentos utilizados fueron Escala de Ideación Suicida y APGAR familiar. Se realizó análisis univariado y bivariado.

Resultados: La prevalencia de ideación suicida en los adolescentes fue de 39.3%. La prevalencia de ideación suicida leve fue 24.8%, moderada 9.3% y grave 5.3%. La disfuncionalidad familiar (OR 4.029 IC 2.89-5.60) y la migración materna (OR 1.96 IC 1.187-3.237) resultaron ser factores de riesgo para la ideación suicida. La migración del padre (OR 1.063 IC 0.747-1.514) y etapa de la adolescencia no resultaron estar asociados a ideación suicida.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de ideación suicida en adolescentes de los colegios urbanos en la ciudad de Cuenca y está asociada a migración materna y disfuncionalidad familiar. Es pertinente la aplicación de urgentes programas de intervención para mejorar la salud mental de los y las adolescentes.

Palabras clave

Ideación suicida, emigración familiar, disfuncionalidad familiar, etapa de la adolescencia.

Objective: To determine the prevalence of suicidal ideation and associated factors in Cuenca's urban College adolescents.

Material and Methods: Cross sectional study carried out among 755 adolescents aged 12 to 19 who attended to college. The sample was selected for conglomerates. Scale for Suicide Ideation and APGAR Scale were used. Univariate and bivariate statistical analysis was performed.

Results: Suicidal ideation among adolescents was 39.3%. The prevalence of slight suicidal ideation was 24.8%, moderate 9.3% and several 5.3%.

Family dysfunction (OR 4.029 IC 2.89-5.60) and mother migration (OR 1.96 IC 1.187-3.237) prove to be risk factors for suicidal ideation. Father migration (OR 1.063 IC 0.747-1.514) and adolescence stage were not associated with suicidal ideation.

Conclusions: There is a high prevalence of suicidal ideation in Cuenca's college adolescents. It's necessary to implement adequate intervention programs to improve mental health of adolescents.

Key words: suicidal ideation, stage adolescence, family migration, family dysfunction.

Responsabilidad	II
Agradecimiento	III
Dedicatoria	IV
Resumen	V
Abstract.....	VI

Capítulo I

Planteamiento del problema.....	1
Justificación.....	3

Capítulo II MARCO TEORICO

Introducción.....	4
Comportamiento suicida en adolescentes.....	5
Epidemiología.....	7
Factores asociados.....	9
Teoría psicoanalítica y conducta suicida.....	12
Familia y conducta suicida.....	15
Migración y conducta suicida.....	18

Capítulo III HIPOTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis.....	19
Objetivos general y específicos.....	20

Capítulo IV METODOLOGIA

Matriz de variables.....	21
Operacionalización de variables.....	21
Muestra.....	23
Criterios de inclusión y exclusión.....	24

VII

Procedimientos.....	24
Consideraciones éticas.....	27

Capítulo V RESULTADOS

Análisis univariado..... 29

Análisis bivariado..... 32

Capítulo VI

Discusión..... 38

Capítulo VII

Conclusiones..... 41

Capítulo VIII

Recomendaciones..... 42

Capítulo IX

Referencias Bibliográficas..... 43

Capítulo X ANEXOS

Formulario de recolección de datos..... 49

Consentimiento informado..... 53

1. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

Prevalencia de ideación suicida y factores asociados en adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca. Cuenca 2009.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano, producto de diversos y profundos cambios a nivel físico, social y psicológico; constituye además un período de grandes oportunidades pero también de diversos conflictos para la salud y el bienestar, en donde los comportamientos de riesgo adquieren una nueva dimensión. Es así, que la salud mental de este grupo etario está siendo severamente afectada en los últimos años, estimándose que el 20% de los adolescentes en el mundo están sufriendo algún tipo de desorden mental. ⁽¹⁾

En la última década las conductas suicidas representan uno de los principales problemas que amenaza la salud mental y la vida de los adolescentes, comprendiendo las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y en última instancia los suicidios consumados o completados, creando un serio problema de Salud Pública. ⁽²⁾

Se estima que 1 millón de personas se suicida anualmente en el mundo, acaparando una proporción considerable de las tasas mundiales de mortalidad; para el año 2000 las tasas de suicidio en la población de 15 a 29 años en todo el mundo correspondía al 15,6 por 100.000 habitantes en varones y 12,2 por 100.000 habitantes en mujeres. ⁽³⁾

Los suicidios en el mundo se han incrementado de manera importante, en los últimos 30 años. Para el año 2001 el suicidio representó la tercera causa de mortalidad en adolescentes a nivel mundial y en algunos países

encabezó como la primera o segunda causa de mortalidad de varones y mujeres en este grupo de edad. ⁽⁴⁾

En Estados Unidos la tasa de suicidios en varones de 15 a 24 años pasó de 3 en 1960 a 11,9 en 1995, en mujeres de 1 a 2,4 por 100.000 habitantes. En México la tasa de suicidios en jóvenes entre 15 y 19 años se incrementó de 1,49 en 1970 a 3,4 en el 2000. En China y Japón el suicidio es la primera causa de muerte en adolescentes, desplazando a los accidentes y violencia como ocurre en la mayor parte de países. ⁽⁵⁾

En la región de las Américas se estima que la tasa de suicidio es de 14 por 100 mil habitantes en la población general y en la población joven es de 8 por 100 mil habitantes, se ha encontrado que habitantes de zonas urbanas y jóvenes entre 15 y 24 años son los grupos de mayor riesgo en el continente americano.⁽⁶⁾ Nuestro país no es la excepción, en el año 2002 las lesiones autoinflingidas intencionalmente representaron la cuarta causa de mortalidad en adolescentes.⁽⁷⁾ En la provincia del Azuay se registraron en el año 2002, 16 muertes de adolescentes por suicidio, representado el 12,6% del total de muertes, convirtiéndose en la segunda causa de muerte en este grupo etéreo, para ese mismo año en el cantón Cuenca se registraron 12 muertes de adolescentes, siendo la segunda causa de mortalidad en ese grupo etéreo. ⁽⁷⁾

Con relación a las conductas suicidas se calcula que por cada suicidio consumado hay 8 a 10 intentos y por cada intento otras 5 u 8 lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo. ⁽⁵⁾ De este modo como han incrementado los suicidios, suponen igual comportamiento los intentos y aún más las ideas suicidas, pero sus prevalencias son aún más difíciles de conocer, ya que frecuentemente solo se cuenta con informaciones locales, o en muchas ocasiones estadísticas dispersas entre los servicios de salud públicos y privados.

En consulta externa del hospital regional Vicente Corral Moscoso, en el año 2006 se atendieron 98 pacientes con tentativa de suicidio, siendo el grupo de 16 a 20 años el más afectado, con el 33% de las atenciones y predominio de la zona urbana. En el año 2007, se atendieron 45 casos de 10 a 20 años. Además en los tres últimos meses del año 2007 se atendieron 24 pacientes de 15 a 19 años con tentativa de suicidio en el departamento de emergencia del hospital, por lo que representa un serio problema en los adolescentes de nuestra ciudad. ⁽⁸⁾

En nuestro país, cambios sociales de las últimas décadas derivados de crisis económicas recurrentes y una acelerada apertura al proceso de globalización, han afectado a las personas en el ámbito familiar y social. De tal manera que la emigración de uno o ambos progenitores y cambios en la dinámica familiar, quizás puedan dar cuenta de este fenómeno que aqueja día a día a nuestros adolescentes.

Pregunta de Investigación

¿Cuál será la prevalencia de ideación suicida en los y las adolescentes de los colegios del área urbana de la ciudad de Cuenca, y ésta a su vez guardará relación con la emigración de los padres, disfuncionalidad familiar y etapa de la adolescencia?

3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La investigación propuesta resulta relevante por cuanto no existen estudios publicados acerca de la ideación suicida en los adolescentes en la ciudad ni en el país, de esta manera es necesario en primer lugar el conocimiento de esta problemática a nivel local, así como algunos factores de riesgo que contribuirán significativamente al planeamiento y ejecución de apremiantes y oportunos programas preventivos y terapéuticos desde edades tempranas.

El tema propuesto se justifica además por su gran relevancia social ya que permitirá la identificación de grupos de riesgo y la incorporación de programas preventivos que podrán lograr resultados beneficiosos en cuanto a disminuir la tasa de suicidios en nuestra ciudad promoviendo una vida saludable y productiva en la población adolescente.

Por tanto para lograr el desarrollo de un programa de prevención que haga frente a esta realidad es necesario conocer ¿Cuál es su magnitud en adolescentes de escolaridad media en Cuenca?, ¿Cuáles son las características de la población más afectada?, ¿Cuál es la relación entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida? ¿Se relaciona la migración de los progenitores con la ideación suicida? ¿Existe relación entre la ideación suicida y la etapa de la adolescencia?, estas son algunas de las interrogantes que el presente estudio dará respuesta.

4. FUNDAMENTO TEÓRICO

Introducción

El comportamiento suicida constituye una realidad cada vez más latente en nuestro país, al igual que en la mayoría de países en el mundo, y desafortunadamente predomina en la etapa fundamental del ser humano como es la adolescencia, que según la OMS la define como el período de vida comprendido entre los 10 y 19 años de edad, fase de profundos cambios físicos, psicológicos y sociales, que marca una transición entre la niñez y la edad adulta.⁽⁹⁾ Constituye un momento intenso de descubrimientos, de transformaciones y conflictos, vulnerable al surgimiento de diversos comportamientos agresivos, impulsivos o suicidas, que podrían culminar en muchas ocasiones en serias afectaciones de su salud mental o un eventual suicidio.⁽¹⁰⁾

El fenómeno suicida ha estado presente a lo largo de la historia, en diferentes épocas y en diversas culturas, con una visión propia y niveles de aceptación o sanción, sin embargo, algo preocupante debe estar sucediendo en nuestro mundo contemporáneo que de manera incomprensible una sociedad que se ha tecnificado e incrementado la calidad de vida tiene hoy en día una mayor proporción de jóvenes que deciden abandonarla. Pensar en morir, intentar morir e incluso cometer suicidio a edad tan temprana donde teóricamente se goza de la plenitud de las facultades físicas y mentales, en donde debería abundar las ilusiones y esperanzas, cobran una verdadera dimensión trágica y alarmante.

En los últimos años, ha existido un vertiginoso aumento de alteraciones en la dinámica familiar en nuestro país. Las causas principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos, por lo que se realiza una revisión de estos determinantes sociales y su relación con la ideación suicida en los adolescentes.

Comportamiento suicida en adolescentes

La palabra suicidio significa sui “sí mismo” y cidium “matar”. ⁽¹¹⁾ Según Durkheim 1897, denomina suicidio a *“toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado”*. ⁽¹²⁾ Rocamora Bonilla, 1992 se refiere a conducta suicida como *“toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte”* ⁽¹³⁾

En 1976 la OMS ya propone la expresión de acto suicida como *“todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un*

grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil” ⁽¹⁴⁾ Según otros autores, la conducta suicida no incluye solamente el suicidio, sino más bien constituye un espectro de comportamiento, desde la ideación suicida hasta la consumación del acto. ⁽¹⁵⁾ La ideación suicida representa la expresión de pensamientos o fantasías o deseos de morir y comprende actitudes o planes que un individuo tenga de morir, presentando diversas características. ⁽¹³⁾

La conducta suicida puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte autoinflingida, es decir, el suicidio consumado. La ideación suicida, se considera como un proceso heterogéneo que forma parte de un proceso dinámico y progresivo, de tal manera que la ideación es una condición necesaria para desplegar acciones suicidas. ⁽¹⁶⁾ Puede abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación del acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y en algunos casos una intensa preocupación autodestructiva. ⁽¹⁷⁾

Appleby (1992) determina que la ideación suicida constituye un importante factor que puede incrementar el riesgo de suicidio ⁽¹⁴⁾ Además la amenaza o elaboración de un proyecto suicida tiene una relación significativa con el intento suicida posterior y es la primera categoría que antecede al suicidio, se ha observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de nuevo en menos de un año, con consecuencias fatales. ^(6,17)

Pero a pesar de que es muy frecuente en adolescentes, esta conducta adquiere especial importancia cuando existe una planificación o plan suicida (dónde, cuándo, cómo) o se asocian a otros factores de riesgo tales como trastornos mentales, uso o abuso de sustancias, impulsividad, baja autoestima, poca capacidad de enfrentar problemas o enfermedad física en cuyo caso pueden desembocar en el acto suicida ⁽¹⁸⁾ Por lo que resulta

importante su reconocimiento y la clasificación de riesgo según su gravedad. En la ideación leve, no hay planes ni preparativos concretos para hacerse daño, la intención de suicidarse no es evidente, aunque hay ideación, esta es limitada y la persona no tiene un plan concreto. En cambio esta conducta puede ser moderada si existe una ideación suicida perceptible, con mayor firmeza de planes y preparativos evidentes pero sin existencia de planes concretos. Y se hace referencia a ideación grave cuando hay planes y preparaciones concretas para hacerse daño, en donde la ideación o intención suicida se expresa conjuntamente con un plan cuidadoso y los medios para llevarlo a cabo, demostrando clara desesperanza del futuro. ⁽¹⁹⁾

Al ser considerada como un primer paso para un eventual suicidio, resulta importante su valoración, siendo fundamental desde la óptica de Salud Pública y la propia salud mental. ⁽¹⁵⁾ Con base a lo expuesto, varias pesquisas han sido diseñadas con objeto de identificar factores de riesgo o potencial suicidio en adolescentes, la Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) elaborada por Beck (1979) resulta de gran utilidad ya que permite cuantificar y evaluar el grado de seriedad o intensidad con el que alguien está pensando suicidarse. La misma recoge una serie de características relativas a actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio y realización del intento proyectado, logrando ser un instrumento útil en la investigación, al permitir distinguir entre individuos que varían en su grado de ideación suicida. ⁽²⁰⁾

Epidemiología

La OMS reconoce la violencia autoinflingida como un problema mundial de Salud Pública, lo cual coloca al suicidio entre las diez principales causas de muerte en muchos países, y con respecto a adolescente es considerada como la tercera causa de mortalidad también en términos mundiales. ⁽³⁾

Se calcula que en el año 2000 se suicidaron aproximadamente un millón de personas, de 10 a 20 veces más personas intentaron suicidarse, y se supone que las cifras reales son más altas y en los últimos 50 años han aumentado aproximadamente en un 60%. ⁽¹⁹⁾ Cada 40 segundos una persona comete suicidio en alguna parte del mundo, cada 3 segundos una persona intenta morir, y el impacto psicológico, social y financiero del suicidio sobre la familia y la comunidad no es mensurable. ⁽²¹⁾

Las cifras de tentativa de suicidio y más aún de la ideación suicida no son totalmente mensurables, por el hecho de que pueden ser negados por su familia, o simplemente no son notificados. En Estados Unidos una investigación en el año 2000 pudo estimar que el 7 al 12% de adolescentes de la población general presentaba ideación suicida seria. En un estudio realizado en 1999 en Columbia con 210 adolescentes, mostró que 14% presentaron ideación suicida. Otro estudio en la ciudad de Iowa (EUA) reveló que de 1.617 adolescentes pesquisados, el 8,2% presentaron ideación suicida en el año 2002. ⁽¹⁰⁾

En México, un estudio practicado en escolares demostró que el 12% de 10 a 12 años presentaron pensamientos suicidas, 35% de 12 a 15 años, 15 a 65% de 15 a 18 años y 50 a 65% de 18 a 24 años. ⁽⁵⁾ Por otro lado en Porto Alegre-Brasil en una población adolescente de 15 a 19 años, se reportó una prevalencia de ideación suicida del 36%. ⁽¹⁰⁾ En Calama Chile una investigación efectuada a 1069 estudiantes reportó que la ideación suicida está presente en el 6,5% a 14,6% de la población de séptimo básico a cuarto de nivel secundario. ⁽²²⁾ Otro estudio efectuado en la ciudad de Campinas, Brasil estimó que la prevalencia de ideación suicida en la población mayor de 14 años fue del 17.1%, de ideación con planes establecidos el 4% y 2.8% para intentos de suicidios. ⁽²³⁾ Una investigación en una población de 1500 estudiantes de 15 a 24 años en la ciudad de Lima

Perú determinó que la prevalencia de ideación suicida fue de 15% en el último año y 6% en el último mes. ⁽¹⁶⁾

Factores asociados

La salud mental se desarrolla entre los procesos favorecedores de la vida humana individual o colectivamente y aquellos que provocan privación o deterioro de la misma. Es así que los procesos de protección coexisten con los procesos de destrucción y el hecho que predominen uno u otro en un grupo en un momento determinado dependerá del modo de vida y la lógica bajo la que opera la formación social. Por lo que predomina la visión de “... *no permitir la comprensión de la génesis de este trastorno de salud mental con la lógica de focalización individual y reduccionista al campo biológico*” ⁽²⁴⁾

Breilh sugiere que resulta cardinal reconocer de manera holística algunos elementos para el planteamiento científico de un problema establecido. Las dimensiones del análisis deberán por tanto incluir los procesos generales (estructurales) que busquen las tendencias sociales más importantes y las formas principales de la organización colectiva, procesos particulares que explica el patrón de vida del grupo, perspectiva que nos guiará en el análisis de esta conducta autodestructiva. ⁽²⁵⁾

Es así que Sameroff y colaboradores, Bandura y otros, sostienen que el proceso de desarrollo no surge inevitablemente por características ya determinadas, sino más bien es una construcción social, lo cual significa que la persona se desarrolla a través de esas interacciones con su contexto social y los grupos sociales con los que interactúa. ⁽²⁶⁾ De tal modo que la dimensión social donde se gesta el delicado proceso de desarrollo de nuestra población actualmente, tendrá efectos positivos o negativos sobre todo en grupos vulnerables como son los adolescentes.

Dentro de este contexto es imprescindible reflexionar sobre el desarrollo de nuestra población adolescente, tomando en consideración sus determinantes generales en los momentos actuales, marcados por profundas transformaciones sociales, políticas y económicas. Es decir considerar de gran importancia el ambiente donde se gesta el proceso de desarrollo de los mismos ya que el predominio de las condiciones o procesos protectores marcarán un desarrollo psicosocial y afectivo desde las primeras etapas existenciales, que obtendrán como resultado el desarrollo de capacidades como comunicación y relaciones humanas. ⁽²⁶⁾

Los adolescentes se encuentran en una etapa de desarrollo histórico marcado por el proceso de la globalización, resultante del extraordinario desarrollo de la ciencia, la técnica, las telecomunicaciones, las fuerzas productivas en general. Las sociedades del mundo en general y especialmente las industrializadas, han entrado en un período de alta modernidad, inherentemente globalizadora que ha configurado una serie de acontecimientos en los que los procesos destructivos adquieren un nuevo carácter. La economía capitalista mundial como una de las cuatro dimensiones de la globalización y telón de fondo de la modernidad, “... *ha arrasado de manera sin precedentes todas las modalidades tradicionales de orden social, tanto en extensión como intensidad. Extensivamente ha servido para establecer formas de interconexión social que abarcan el globo terráqueo; intensivamente ha alterado algunas de las más íntimas y privadas características de nuestra cotidianidad*” ⁽²⁷⁾

Se han evidenciado conflictos de diversa índole que han afectado a todo el planeta, la modernidad ha llenado de incertidumbre el futuro, imperando la idea de pérdida de futuro, determinando la edad prehistórica del espíritu humano y el agravamiento de las desigualdades. Además de una total mercantilización que destruye valores y solidaridad, la prisa y la mecanización impide la meditación y la reflexión, el dinero reina y desintegra

valores, degrada las relaciones personales, es decir una permanente superficialización y deshumanización. ⁽²⁸⁾

Teóricamente la globalización debía haber generado condiciones de desarrollo mundial, logrando un equilibrio en el progreso de las naciones, una redistribución de la riqueza y una mundialización del bienestar. Sin embargo nada de esto ha existido, porque cada vez se hace más evidente que este mundo de libre mercado está en crisis porque se van sintiendo los impactos en la irracionalidad de los altísimos niveles de concentración de la riqueza, el bajo crecimiento de las economías nacionales, el incremento de la deuda, el desempleo, la migración, la creciente y grave mecanización de los seres humanos, dependientes cada vez más de los avances tecnológicos. ⁽²⁹⁾

Según Durkheim, el suicidio “anómico” es característico de esta sociedad industrializada de consumo, en donde la sociedad difunde una meta que determina la fragilidad de los vínculos entre los individuos. Es decir un estado anómico en el cual se pierde el sentido de los límites que un individuo pueda tener para satisfacer sus necesidades. En nuestro país claramente se ha establecido que hay un desfase entre esas metas culturales impuestas y los medios para la satisfacción de dichas necesidades. Además, los medios de comunicación se encargan que esas metas lleguen de cualquier manera a formar parte de nuestras vidas, el lujo, el confort, el consumo, lo material, la mercancía, lo que “vale”; haciendo que de este modo se impongan y se retroalimenten permanentemente, nuestra sociedad consumista por tanto alimenta constantemente el comportamiento anómico.

Es así que la conducta suicida es un fenómeno eminentemente social y no solo un hecho individual y aislado, se destaca la importancia de la integración social como un importante factor que impediría el suicidio. Los individuos podrían acabar con su existencia cuando no encuentran un lazo que los una con la sociedad política, familiar, económica o religiosa. ⁽³⁰⁾

Marx, expresaba que una de las características sobresalientes de la sociedad capitalista es la alienación del hombre, y la mercantilización de los seres humanos. Los grupos sociales, y las relaciones sociales tienden a sucumbir frente a esta alienación mercantilista que se expande. En este espacio y tiempo mecanizado en el que nos desenvolvemos, los individuos dejan sus fines en sí mismo para convertirse en un medio instrumentalizado, anulando lo afectivo y sucumbiendo ante el sistema. No es raro ver hoy en día a diversos grupos sociales, familia, amigos, absorbidos por esta sociedad de satisfacción económica, muchas veces se encuentren juntos sin estarlo, frente a un televisor, en una discoteca, en el cine, haciendo su proximidad apenas física.

Este es el marco para que muchos individuos vulnerables se hundan en un hastío, en una vida “sin sabor”, sin relaciones afectivas que los sustenten y hagan de él un individuo feliz. En estas circunstancias no es extraño que nuestros jóvenes pierdan el apego a la existencia, si la vida del hombre en esencia social se torna en un hastío, entonces podrían llegar a considerar sus propia existencia como algo intrascendente. ⁽¹³⁾

Teoría psicoanalítica y conducta suicida

Dentro del análisis psicoanalítico, el comportamiento social del suicida está asociado a la falta de elaboración de conflictos no resueltos, que se unen a sucesos o experiencias relacionadas con la estructura de personalidad y situaciones estresantes. Tiene que ver con una intención de descarga de una emoción reprimida o con su dirección consciente, que busca destruir o culpar de su muerte a otra persona o imaginario social; las conductas suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma que se vive, en un desacuerdo social. ^(2,31)

Pero ¿cómo pensar que algunos individuos, aún con mayor grado de tensión social no conciban la idea menos aún la consecución del acto suicida como

la única solución, mientras otros con menor “tensión” lo consideran una verdadera alternativa? Pues bien, para que el individuo pueda sobreponerse al bombardeo constante de consumo y denigración de la afectividad, y supere los conflictos propios de su cotidianidad, es necesario factores que disminuyan o neutralicen la tensión generada, tal es el caso de factores protectores como autoconfianza, espiritualidad, autoconcepto positivo, autoestima alta. ⁽²⁶⁾

Factores protectores que sin lugar a duda se alcanzan en el transcurso de la adolescencia, ya que esta no representa únicamente una transición entre la niñez y la madurez fisiológica, sino además un cambio significativo en la manera de pensar, donde la estructura mental y la psiquis total del niño relativamente no desarrolladas e indiferenciadas alcanzan su madurez. Según Piaget, la etapa de funcionamiento cognoscitivo inicia alrededor de los 11 años y los cambios ocurren en áreas donde enfoca la visión del mundo social, su vocación, e interacción social. Comienza a crear conceptos originales individuales dejando atrás la visión global gobernada de sus padres, comienza a pensar en términos abstractos, llegando con mayor vehemencia en problemas cotidianos con padres y maestros. ^(26,32) De los 10 a 13 años, etapa conocida como adolescencia temprana, aumenta sus habilidades cognitivas y el mundo de fantasía, estado de turbulencia, falta de control de impulsos, metas vocacionales irreales y posteriormente su capacidad de abstracción y razonamiento se amplía. Además existe un elevado interés por sus pares del mismo sexo, se pone a prueba la autoridad de los padres, y existe menor interés por ellos. Comienzan a generar una preocupación por el cambio puberal, e incertidumbre por su apariencia. ⁽³³⁾ Luego en la adolescencia media, 14 a 16 años, desarrolla capacidad de crecer en el poder de respuesta al trabajo escolar, aumenta su creatividad y facultad intelectual de manera notable, pero en su esfera social constituye el período de máxima relación con sus pares y mayor conflicto con sus padres, apareciendo el sentimiento de invulnerabilidad que le lleva a diversas conductas de riesgo, aumentando su experimentación sexual, preocupada

mayormente por su apariencia, por su imagen corporal y fascinación por la moda. Al iniciar la adolescencia tardía de 17 a 19 años, el desarrollo del pensamiento abstracto se hace más grande, lo que permite al joven establecer diversos compromisos más complejos y de mayor responsabilidad, se desarrolla su conciencia realista y moral, capaz de afirmar su vocación y proyecto de vida, se aproxima a sus padres, y su relación con los pares ya no adquiere especial relevancia como épocas anteriores, comienza el desarrollo de un sistema de valores y metas vocacionales reales y aceptación de su imagen corporal. Uno de los hechos básicos con respecto a las conductas suicidas es que el riesgo aumenta con la edad. Los suicidios consumados son excepcionales en niños por debajo de los doce años y se vuelven más frecuentes, después de la pubertad, con una incidencia que aumenta durante los años de la adolescencia. ⁽¹⁴⁾

Actualmente el suicidio entre los jóvenes menores de 15 años no es frecuente, es aún más raro antes de los 12 años y los jóvenes en la franja de 15 a 19 años son los más afectados. ⁽³⁴⁾ Algunos trabajos indican que la conducta suicida es infrecuente en menores de 14 años, comparado con adolescentes entre 15 y 20 años de edad, ^(21,35) lo cual podría ser explicado por una menor exposición al estrés y factores de riesgo, los adolescentes tempranos son aún en parte dependientes de sus padres, lo que les provee mayor apoyo emocional y social; a menor edad menor tasa de prevalencia de trastornos del ánimo, y factores madurativos como la capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos. Shaffer apoya que los niños y adolescentes tempranos suicidas, son física y mentalmente precoces. ⁽³⁵⁾

Igualmente el desarrollo de la personalidad constituye una característica fundamental durante la adolescencia, siendo el resultado del desarrollo estructural y funcional, influenciado por la familia, sociedad, ambiente y cultura. La mayoría de psicólogos determinan que las experiencias personales del niño son cruciales en el desarrollo de su personalidad, a

medida de la satisfacción de sus necesidades y patrones de crianza. De esta forma, la manera de asumir la búsqueda de solución para los problemas o asumir la frustración de no resolver sus problemas es una medida del grado de madurez alcanzado.

Familia y conducta suicida

Los adultos juegan un papel importante en relación a los sentimientos y deseos de los adolescentes, mantener valores encaminados a proteger a los adolescentes ya que son los acompañantes clave en el camino hacia el desarrollo de la personalidad. ^(26, 32, 33) La familia desempeña una función esencialmente protectora sobre el individuo, al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la adquisición de esos rasgos madurativos actuando en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad a la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir del funcionamiento familiar ⁽³⁶⁾ Esto es lo que se comprende como una dinámica familiar entre los miembros de la familia que permita que esta funcione positivamente, cumpla de modo adecuado las funciones biológicas (protección y nutrición), psicológicas (afecto, apoyo y orientación) sociales (moral y actitudinal) y permita la expresión y desarrollo de la individualidad. ^(36,37)

La familia como institución social básica cumple importantes funciones en el desarrollo de sus miembros, al ser garante junto a los demás componentes de la sociedad, de la preparación para afrontar adecuadamente diversos problemas. Como primer ambiente social, modela sentimientos y ofrece patrones de conductas, dándose o no en su seno las condiciones para alcanzar el normal crecimiento y desarrollo del ser humano. Por tanto, la familia es una organización que tiene un fundamental papel protector sobre la salud mental de sus miembros y para ello debe ser capaz de brindarle

aporte de orden psicosocial, tales como atención y cuidado, aceptación, afecto y una guía adecuada para su comportamiento social. ^(26,33)

Pero esta institución social se ha visto también seriamente afectada en esta sociedad industrial de consumo. Antes de la revolución industrial, la familia era la institución que cumplía casi todas las funciones sociales (económicas, políticas, religiosas y educativas) del hombre, sus requerimientos materiales y psicológicos y muy a menudo también sus necesidades sociales, se satisfacían dentro de ella, en cambio en la actualidad sus funciones han sido centradas en el soporte económico para el adolescente dejando las otras tareas relegadas a un segundo plano. ⁽³²⁾

Actualmente la familia se enfrenta a una notable variación en las pautas de interacción familiar, determinando efectos negativos de funcionalidad familiar que constituiría un proceso destructivo predisponente a la conducta suicida. Con la finalidad de analizar la relación entre algunas características de la familia con el intento suicida, se estudiaron 343 adolescentes de una escuela preparatoria de la zona metropolitana de Guadalajara, en el que se concluyó que el manejo inadecuado de los conflictos en la familia, la ausencia de manifestaciones afectivas en el hogar, la comunicación escasa o inadecuada se comportan como factores de riesgo para el intento suicida. ⁽³⁸⁾

Es así que la familia es importante como factor protector o de riesgo, ejerciendo un rol modulador y modelador en el desarrollo de los factores de riesgo de psicopatología temprana. La familia fomenta en el niño o adolescente las expectativas a futuro, permite y facilita la pertenencia a grupos, genera un adecuado desarrollo moral, influye en el desarrollo del autoconcepto, autoestima y previene conductas de riesgo del adolescente. ⁽²²⁾

En otro estudio, se encontró que el funcionamiento familiar en los individuos que realizaron un intento suicida es predominantemente disfuncional, que las

características diferenciales del funcionamiento familiar en los suicidas fueron la poca adaptabilidad, la baja cohesión familiar y la desarmonía. ⁽³⁶⁾

Trabajos previos han reconocido que niveles bajos de cohesión familiar, ausencia de apoyo social y familiar se asocian con un mayor riesgo de ideación suicida en adolescentes. ^(16,39)

Al realizarse otro estudio en relación a factores psicosociales esenciales de riesgo de la conducta suicida en el Centro Habana, la ausencia de apoyo social y familiar tuvo una relación significativa de causalidad con la conducta suicida, explicado en primer lugar, por la sensación del sujeto de que no es necesario, significativo o útil dentro del grupo social en que se desenvuelve; y con su aislamiento reduce las posibilidades de recibir apoyo y de evitar la conducta suicida como solución ya que el contacto humano posibilita amortiguar la tensión, la tristeza y aumenta el sentimiento de solidaridad. ⁽⁴⁰⁾

La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. ⁽³⁵⁾

En investigaciones realizadas a personas con antecedentes de intentos suicidas y sus familias, se determinaron que el 82,6 % de las familias tenía un funcionamiento familiar evaluado de regular o malo, que en el total de la muestra se hallaron crisis familiares no transitorias siendo más frecuentes las crisis por desorganización y desmoralización. Se consideró el deterioro de las relaciones familiares como un factor de riesgo importante ⁽⁴¹⁾

En otro estudio efectuado a 120 personas que intentaron suicidarse y que acudieron al Hospital "Vicente Corral Moscoso" en el año 2006, el 94,2 % evaluaron a su familia como disfuncional. ⁽⁴²⁾

Migración y conducta suicida

Igualmente hoy en día se considera de suma importancia el análisis del movimiento migratorio hacia el exterior debido a que este fenómeno socioeconómico y psicosocial se ha incrementado de forma acelerada en los últimos años en nuestro país. Solo en el año 2006 han emigrado al extranjero 721.146 hombres y 794.475 mujeres ecuatorianas y un drástico aumento en el número de niños dejados atrás por uno o ambos padres, de aproximadamente 7.000 en 1990 a 150.000 en el año 2000.⁽⁷⁾

En un estudio efectuado en México (2008) sobre el impacto socioemocional en la familia del indígena migrante indica que existe una mayor incidencia de problemas psicológicos en familiares de emigrantes. Depresión, ansiedad, problemas conductuales y enfermedades psicosomáticas en niños son reportados como los efectos más frecuentes luego de la emigración familiar.⁽⁴³⁾

Otra investigación sobre problemas emocionales y de conducta de adolescentes hijos de migrantes en la ciudad de Cuenca, revela una mayor frecuencia de ansiedad, depresión, violencia y problemas de autoconcepto en hijos de migrantes, siendo un grupo de mayor riesgo en particular para trastornos de tipo emocional.⁽⁴⁴⁾ De igual manera, una investigación efectuada en la ciudad de Cuenca en el año 2007 en la población adolescentes refiere que existe una relación entre depresión en adolescentes y migración de uno o ambos progenitores.⁽⁴⁵⁾

Es así que las consecuencias principales de la emigración en el ámbito social son la desestructuración y la disfuncionalidad familiar, alteraciones en el ciclo evolutivo natural de las familias y, sobre todo las alteraciones en el ámbito emocional y psicológico de los hijos, mostrando sentimientos de ira, dolor y miedo al futuro. El adolescente tiene que lidiar no solamente con un proceso de “duelo” normal, ya que ha perdido definitiva o temporalmente a

su madre, padre o ambos por su éxodo, sino que además tiene que pasar por un proceso de adaptación complejo al verse obligado a integrarse a otro sistema familiar distinto al original. La distancia física entre progenitores e hijos, produce una etapa de riesgo para la independencia e identidad del adolescente, siendo un peligro considerable de desarrollar problemas psicológicos. ⁽⁴⁶⁾

La emigración de uno a ambos miembros del subsistema parental, provocaría una desestructuración familiar momentánea y muchas veces definitiva, siendo uno de los factores más estresantes en la vida de los hijos y con severas consecuencias a corto, mediano y largo plazo en el subsistema filial. ^(43,46)

De este modo resulta primordial considerar la familia como una gran unidad funcional y la situación de inestabilidad provocada por la ausencia de uno o ambos progenitores, ya que debe necesariamente generar un serio conflicto en el ser en desarrollo. ^(46,47) Siendo un hecho definitivo que la carencia de un modelo cercano que indique los modos adecuados e inadecuados de comportamiento provoca un estado de confusión en el niño y en el joven, estado que podría favorecer la aparición de diversos trastornos de personalidad ante la falta de identificación social por incompreensión de los roles a desempeñar. ⁽⁴⁸⁾

De este hecho podemos concluir que la reducción de la capacidad formativa de la familia, deja desprotegidos a niños y adolescentes, sin una formación adecuada de pensamiento reflexivo y un proyecto de vida que contrarreste los eminentes procesos destructivos sociales.

5. HIPÓTESIS

La ideación suicida en adolescentes de los colegios del área urbana de la ciudad de Cuenca es mayor a la reportada en estudios similares y está

relacionada con emigración de los progenitores, disfuncionalidad familiar y etapa de la adolescencia.

6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 . Objetivo general

Determinar la prevalencia de ideación suicida y factores asociados en los adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca.

6.2 . Objetivos específicos

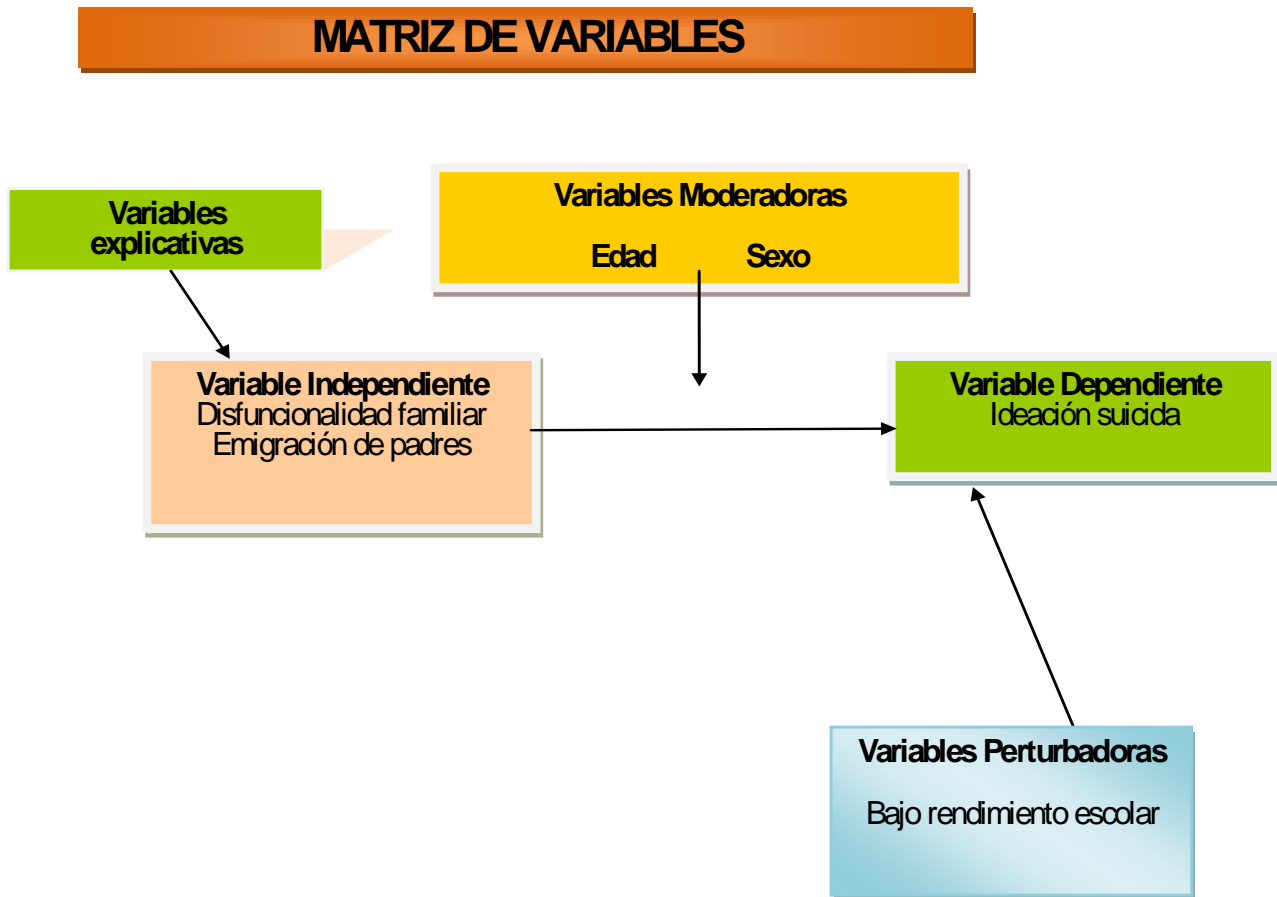
1. Determinar la prevalencia de ideación suicida según edad y sexo en la población adolescente de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca.
2. Determinar la relación de la ideación suicida con disfuncionalidad familiar, emigración de uno o ambos progenitores, y etapa de la adolescencia.

7. METODOLOGIA

7.1. Tipo de estudio y diseño general

Se efectuó un estudio de tipo transversal de prevalencia de una muestra representativa de los/las adolescentes de los colegios del área urbana de la ciudad de Cuenca.

7.2 Variables



Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Número de años cumplidos que tiene una persona contados a partir de la fecha de su nacimiento	Tiempo transcurrido	Años cumplidos desde la fecha de su nacimiento	Numérica
SEXO	Características fenotípicas que diferencias entre hombres y mujeres	Características fenotípicas	Fenotipo	Hombre Mujer

IDEACION SUICIDA	Preocupación, deseo, o plan que busquen causarse daño a sí mismo o la muerte		Puntaje de Escala de Ideación Suicida	0-3 ninguno o más ideación suicida
ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	División de la segunda década de existencia del ser humano con fines de estudio fisiológico y psicológico.	Tiempo transcurrido	Años cumplidos	Inicial 10 - 13 Media 14 – 16 Tardía 17 – 19
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	Cumplimiento inadecuado de las funciones biológicas (protección y nutrición), psicológicas (afecto, apoyo y orientación) y sociales (moral y actitudinal) para el desarrollo armónico de sus integrantes.	APGAR Familiar	Puntaje del test de APGAR familiar.	Mayor al 6 Familia funcional Igual o menor a 6 Familia disfuncional
MIGRACION	Cambios de residencia habitual entre diferentes jurisdicciones administrativas; es decir, al movimiento de personas (padre y /o madre) a través de una frontera nacional, para adoptar una nueva residencia.	Emigración del padre y/o madre	Padre y/o madre emigrante	SI NO

7.3. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión.

Universo de estudio.-

El universo de estudio lo constituyeron 40.504 adolescentes escolarizados de los colegios del área urbana de la ciudad de Cuenca.

Unidad de observación: los colegios

Unidad de análisis: adolescentes escolarizados que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Selección y tamaño de la muestra.-

El muestreo utilizado fue por conglomerados. El cálculo de la muestra se realizó en base a un universo finito $N=40.504$, en base a la probabilidad de ocurrencia del 11%, una probabilidad de no ocurrencia del 89%, un nivel de confianza del 99% y un error de inferencia del 3%.

De esta manera se obtuvo una muestra de 710. Más un 10% por la posibilidad de pérdidas al momento del levantamiento de datos se determinó una muestra de 781 estudiantes. Se encuestó finalmente a 755 estudiantes.

Asignación.-

En el área urbana existen 65 colegios. Se procedió a numerar los colegios y de estos se seleccionaron aleatoriamente 5 colegios mediante el programa estadístico EPIDAT. Al ponderar para el número de colegios particulares y fiscales se asignaron 2 particulares Abdón Calderón, Asunción y tres fiscales, Miguel Moreno, Carlos Cueva Tamariz y Daniel Córdova.

Considerando las aulas como grupos homogéneos de estudiantes, se realizó una lista de los 130 cursos de los diferentes colegios, de los cuales 21 correspondían a octavo, 17 a noveno, 20 a décimo, 25 a primero de

bachillerato, 26 a segundo de bachillerato y 21 a tercero de bachillerato. Se ordenó la lista de cursos en una tabla de Excel y se seleccionó cada uno de acuerdo a un muestreo aleatorio con ayuda del programa EPIDAT.

Se encuestó al total de alumnos de las aulas seleccionadas con un promedio de 35 estudiantes cada una, previo asentimiento informado de adolescentes mayores de 18 años y consentimiento informado de sus padres o representantes legales de los adolescentes menores de 18 años.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

1. Adolescentes que aceptaron voluntariamente su participación en el estudio y firmaron la autorización u obtuvieron la autorización de sus padres y/o representantes legales en los casos necesarios.
2. Adolescentes matriculados y que asistan regular o irregularmente a clases.

7.4. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos.

Se realizó un formulario para recolectar los datos y se aplicó una prueba piloto a un grupo de 30 adolescentes. Se efectuaron las respectivas modificaciones previamente a la aplicación del mismo en la muestra de los adolescentes de los colegios de la ciudad de Cuenca.

El cuestionario estuvo estructurado con los siguientes apartados: edad, sexo, emigración de padres, test de APGAR familiar y test de Ideación Suicida de Beck. Se aplicó colectivamente en las aulas habituales de clase, durante el horario escolar. La técnica empleada fue la de cuestionario heteroaplicado con la presencia del médico investigador. En cada aula de alrededor de 35 estudiantes, fue necesario la explicación de cada ítem del cuestionario y las respuestas a cada pregunta formulada fue marcada por los adolescentes. El tiempo para responder el cuestionario fue aproximadamente 40 minutos.

Test de Apgar Familiar

El cuestionario APGAR Familiar fue diseñado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve).

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación, se encuentra debidamente validada.

Se trata de un cuestionario que puede aplicarse por el entrevistador o ser respondido directamente por la persona entrevistada. Consta de 5 preguntas, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es por tanto de 0 a 10.

Constituye así una herramienta útil para detectar disfunción familiar, se ha utilizado en diversos estudios. Se ha propuesto una puntuación > 6 como funcional y ≤ 6 como disfuncional.

En algunos casos, se valora de 0 a 2 como disfunción grave y de 3 a 6 como leve. No parecen influirse los resultados por el nivel cultural del entrevistado y se ha utilizado desde edades tan tempranas como los 10-11 años.

Existen otros cuestionarios que evalúan la disfunción familiar con mayor validez, pero que ven limitado su uso por el elevado número de ítems de los mismos. En cuanto a la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84). ⁽⁴⁹⁾

Test de Ideación Suicida

La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala elaborada por Beck (1979) diseñada para evaluar los pensamientos suicidas. La escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben tenerse en cuenta como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de disuasores.

Corresponde a una escala semiestructurada de 19 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos)

Los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados:

- Actitud hacia la vida y la muerte
- Características de la ideación o del deseo de muerte
- Características del intento planeado
- Actualización de la tentativa.

En ocasiones se añade una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

La escala proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida. Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la

suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que los ítems 20 y 21 tienen solo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total. El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación de 0 a 3 es indicativa de ausencia de ideación suicida, de 4 o mayor es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio.

Esta escala puede ser un instrumento útil en la investigación como variable clasificatoria, al permitir distinguir entre individuos que varían en su grado de ideación suicida. En la práctica clínica, permite la cuantificación y agrupación de los datos del paciente respecto a sus pensamientos suicidas, y puede servir de ayuda en la valoración clínica de la conducta suicida. Su consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89), una fiabilidad interexaminadores de 0.83 y la validez externa frente al Inventario de Depresión de Beck de 0,65 y frente a la escala de Desesperanza de Beck de 0,57. ^(20,50)

7.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones en sujetos humanos

Para la ejecución del estudio se tuvo la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Se obtuvo el permiso correspondiente de las autoridades de los colegios seleccionados para la investigación. Las autoridades, padres y participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio antes de proceder a la aplicación de la encuesta. Se solicitó el respectivo consentimiento informado a los/as representantes legales de los/as adolescentes seleccionados/as menores de 18 años y el asentimiento informado a aquellos adolescentes mayores de 18 años. Además se indicó detalladamente que la información es estrictamente confidencial y que no serán utilizados los nombres ni datos particulares en otros trabajos, ni serán expuestos de ninguna forma.

8. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Programas a utilizar para análisis de datos

Los datos obtenidos fueron recopilados en el programa estadístico SPSS v15, y posteriormente analizados en el mismo. Se utilizó una computadora portátil marca Acer con el sistema operativo Microsoft Windows Vista.

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

Se realizó un análisis estadístico univariado y bivariado.

En el análisis univariado se cuantificaron los descriptores de las variables de estudio, ofreciéndose valores, porcentuales, distribuciones de frecuencia para caracterizar los puntajes adjudicables a la muestra estudiada.

Las relaciones entre variables independientes y dependiente se establecieron en base a criterios bivariados, empleando tablas de contingencia.

Los resultados fueron sometidos a la prueba OR y sus intervalos de confianza, además de valores p.

9. RESULTADOS

Caracterización de la población

Tabla 1
Distribución de 755 adolescentes de los colegios de la ciudad de
Cuenca, enero – junio del 2009. Cuenca – Ecuador.

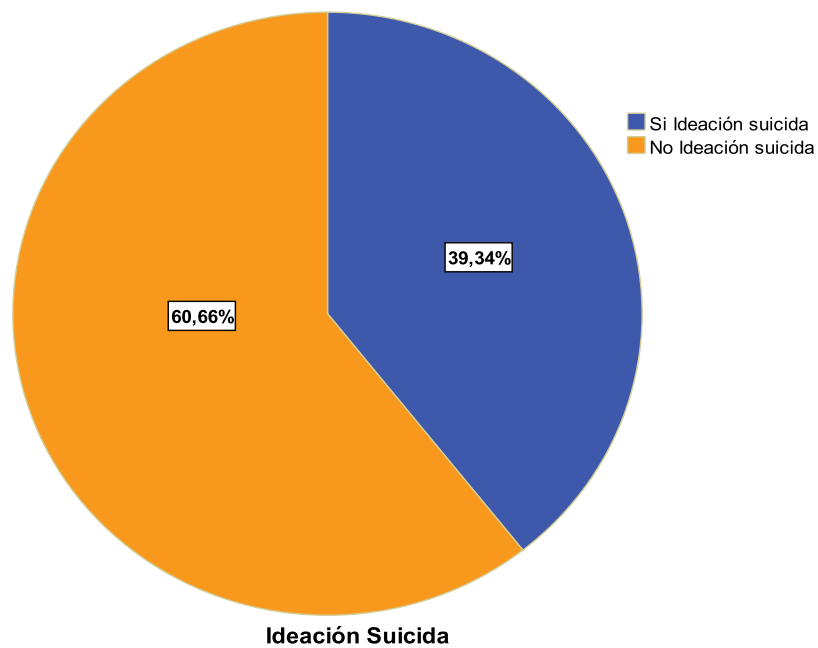
VARIABLE	Nº	%
Etapas de la adolescencia		
Adolescencia temprana	186	24.6
Adolescencia media	373	49.4
Adolescencia tardía	196	26.0
Curso		
Octavo	120	15.9
Noveno	94	12.5
Décimo	117	15.5
Primero de bachillerato	147	19.5
Segundo de bachillerato	153	20.3
Tercero de bachillerato	124	16.4
Tipo de Colegio		
Particular	295	39.1
Fiscal	460	60.9
Sexo		
Hombres	479	63.4
Mujeres	276	36.6
Migración del padre		
Si	163	21.6
No	592	78.4
Migración de la madre		
Si	68	9
No	687	91
Tipo de familia según APGAR		
Familia Disfuncional	223	29.5
Familia Funcional	532	70.5
Grado de Disfuncionalidad Familiar		
Disfuncionalidad familiar leve	181	24.0
Disfuncionalidad familiar grave	42	5.5

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Dra. Diana Larriva

Gráfico 1

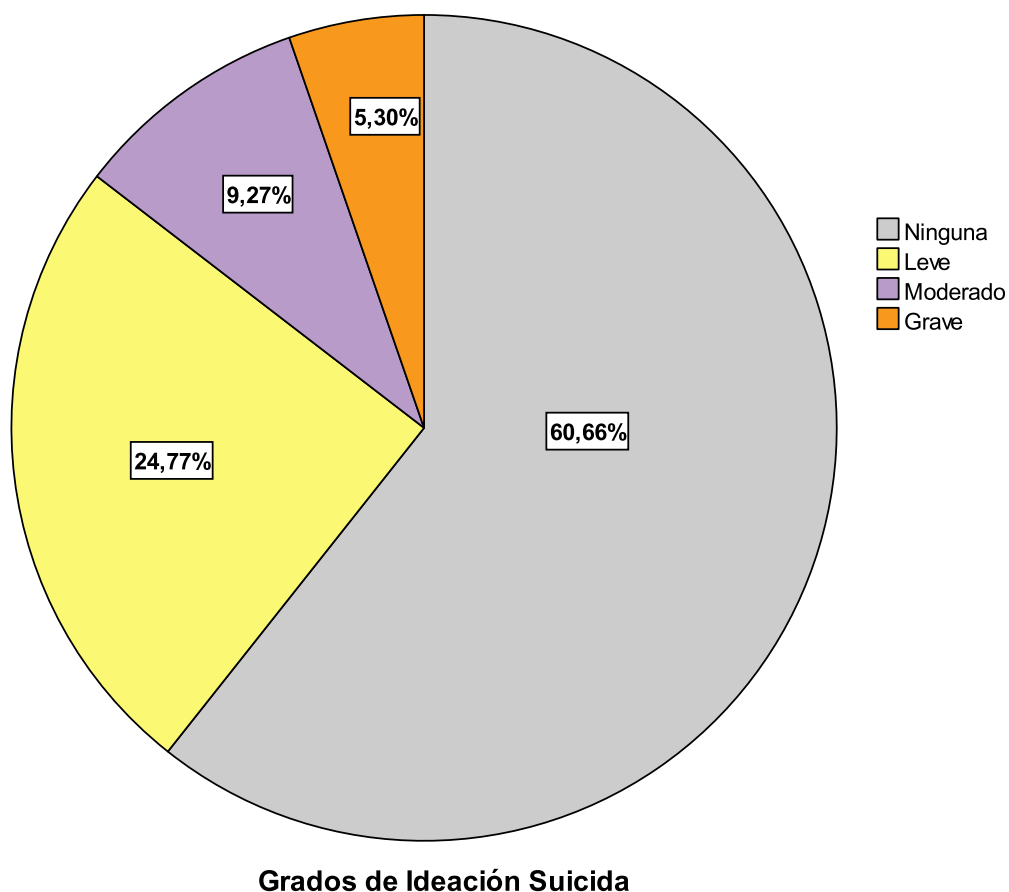
Distribución de 755 adolescentes de los colegios de la ciudad de Cuenca según ideación suicida, enero – junio del 2009.
Cuenca – Ecuador.



Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Dra. Diana Larriva

Gráfico 2

**Distribución de 755 adolescentes de los colegios de la ciudad de Cuenca según grado de ideación suicida, enero – junio del 2009.
Cuenca – Ecuador.**



Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Dra. Diana Larriva

Factores asociados

Se calculó la fortaleza de asociación en relaciones de contingencia para variables binarias evaluadas bajo Odds Ratio, se consideró estadísticamente significativo sus intervalos de confianza correspondientes al 95% y el valor p.

Tabla 2
Frecuencias cruzadas de ideación suicida y sexo de los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca. Cuenca – 2009

Sexo	Ideación suicida				OR	IC inferior - superior	Valor de p
	Si		No				
	N	%	N	%			
Hombres	183	61.61	296	64.63	0.879	0.64 – 1.18	0.401
Mujeres	114	38.39	162	35.37			

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Dra. Diana Larriva

El sexo masculino se presenta como factor protector para ideación suicida en los adolescentes en comparación al sexo femenino, pero esta asociación no es estadísticamente significativa (I.C 95% 0.64-1.18 p 0.401)

Tabla 3
Tabla de frecuencias cruzadas de ideación suicida
y grado escolar de los adolescentes escolarizados de la ciudad de
Cuenca. Cuenca - 2009

Variables	P	OR	I. C. 95 %	
			Inferior	Superior
Octavo	0.01	0.483	0.312	0.749
Noveno	0.71	1.419	0.919	2.191
Décimo	0.541	0.999	0.667	1.496
Primero de bachillerato	0.075	1.33	0.924	1.914
Segundo de bachillerato	0.248	0.865	0.599	1.248
Tercero de bachillerato	0.171	1.232	0.834	1.818

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Dra. Diana Larriva

Con respecto al grado escolar, se determinó que el octavo año de educación secundaria es un factor protector de ideación suicida y esta asociación es estadísticamente significativa (IC 0.312-0.749 p: 0.01). También el décimo año y segundo de bachillerato son factores protectores, pero no existe una relación estadísticamente significativa.

Además el noveno año, primero de bachillerato y tercero de bachillerato son factores de riesgo para ideación suicida en los adolescentes, pero no hay una relación estadísticamente significativa.

Tabla 4
Frecuencias cruzadas de la Ideación suicida y etapas de la
adolescencia de los adolescentes escolarizados de la ciudad de
Cuenca. Cuenca 2009.

Variables	P	OR	I. C. 95 %	
			Inferior	Superior
Adolescencia temprana	0.215	0.805	0.571	1.135
Adolescencia media	0.797	0.962	0.719	1.289
Adolescencia tardía	0.131	1.289	0.927	1.793

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Dra. Diana Larriva

La adolescencia temprana y la adolescencia media se presentan como factores protectores para ideación suicida en los adolescentes, en cambio la adolescencia tardía es un factor de riesgo para ideación suicida; sin embargo estas asociaciones no son estadísticamente significativas.

Tabla 5
Frecuencias cruzadas de ideación suicida y migración del padre de los
adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca. Cuenca - 2009

Ideación suicida							
Migración del padre	Si		No		OR	IC inferior - superior	Valor de P
	N	%	N	%			
Si	66	22.2	97	21.2	1.063	0.747 – 1.514	0.734
No	231	77.8	361	78.9			

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Dra. Diana Larriva

La migración del padre representa un factor de riesgo para la ideación suicida de los adolescentes, pero esta asociación no es estadísticamente significativa (IC 95% 0.747 – 1.514 p: 0.734)

Tabla 6
Frecuencias cruzadas de Ideación suicida y migración de la madre de
los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca.
Cuenca - 2009

Ideación suicida								
Migración Madre	Si		No		OR	IC		Valor de P
	N	%	N	%		inferior	superior	
Si	37	12.4	31	6.8	1.960	1.187	– 3.237	0.008
No	260	87.6	427	93.2				

Fuente: Formularios de datos

Elaboración: Dra. Diana Larriva

Los adolescentes que dentro de su núcleo familiar haya migrado la madre tienen 1.9 veces más riesgo de presentar ideación suicida que aquellos en el cual la madre no ha migrado. Por tanto la migración materna constituye un factor de riesgo para ideación suicida en los adolescentes y esta asociación es estadísticamente significativa. (IC: 1.187 – 3.237 p: 0.008)

Tabla 7
Frecuencias cruzadas de Ideación suicida y disfuncionalidad familiar
de los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca.
Cuenca - 2009

Disfuncionalidad familiar	Ideación suicida				OR	IC inferior – superior	Valor de P
	Si N	%	No N	%			
Si	140	47.1	83	18.1	4.029	2.89 – 5.60	0.000
No	157	52.8	375	81.9			

Fuente: Formularios de datos
Elaboración: Dra. Diana Larriva

La ideación suicida mostró una relación significativa con la variable disfuncionalidad familiar (OR: 4.029 IC: 2.89 – 5.60 p: 0.000). Esto significa que aquellos adolescentes que viven en familias disfuncionales tienen 4.029 veces más riesgo de presentar ideación suicida que aquellos que viven en familias funcionales.

En la siguiente tabla se presentan los resultados de las diferentes variables del estudio en los adolescentes que tuvieron un diagnóstico positivo para Ideación suicida.

Tabla 8.

Distribución de 297 adolescentes con diagnóstico positivo para ideación suicida de los colegios de la ciudad de Cuenca, enero – junio del 2009. Cuenca – Ecuador.

VARIABLE	Nº	%	P	OR	I. C. 95 %	
					Inferior	Superior
Sexo	183	61.6	0.401	0.879	0.649	1.189
Grado escolar						
Octavo	31	10.4	0.01	0.483	0.312	0.749
Noveno	44	14.8	0.71	1.419	0.919	2.191
Décimo	46	15.5	0.541	0.999	0.667	1.496
Primero de bachillerato	66	22.2	0.075	1.33	0.924	1.914
Segundo de bachillerato	56	18.9	0.248	0.865	0.599	1.248
Tercero de bachillerato	54	18.2	0.171	1.232	0.834	1.818
Etapas de la adolescencia						
Adolescencia temprana	66	22.2	0.215	0.805	0.571	1.135
Adolescencia media	145	48.8	0.797	0.962	0.719	1.289
Adolescencia tardía	86	29.0	0.131	1.289	0.927	1.793
Migración del padre	66	22.2	0.734	1.063	0.747	1.514
Migración de la madre	37	12.4	0.008	1.960	1.187	3.237
Disfuncionalidad familiar	140	47.1	0.000	4.029	2.89	5.60

Fuente: Formularios de datos

Elaboración: Dra. Diana Larriva

DISCUSIÓN

En este estudio realizado a 755 adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca, el 39.3% presentó ideación suicida, el 24.8% ideación suicida leve, el 9.3% moderada y el 5.3% fueron evaluados como graves. Estos valores son similares al estudio en Porto Alegre Brasil en 526 adolescentes en el que el 36% presentó ideación suicida⁽¹⁰⁾

Varios estudios internacionales demuestran prevalencias menores de los encontrados en nuestra investigación. En Santiago de Chile un estudio a 763 estudiantes de enseñanza media refiere que 17,9% de los adolescentes había pensado muchas veces en terminar con su vida⁽⁵¹⁾. Un estudio en Dehli en 1205 adolescentes de 12 a 19 años reportó que 11.7% presentó ideación suicida en el último año⁽⁵³⁾ Otros trabajos previos que evaluaron la ideación suicida en adolescentes han encontrado prevalencias variables, en una investigación en Lima en 1500 estudiantes preuniversitarios, el 15% presentó ideación suicida⁽¹⁷⁾. Otra investigación en Sao Paulo en 515 adolescentes, el 17.1% presentó pensamientos suicidas⁽²³⁾

En nuestro estudio la ideación no tuvo una relación significativa con el sexo en contraste con estudios anteriores que revelan el sexo como factor de riesgo de conductas e ideación suicida. En un estudio chileno⁽³⁵⁾ en 1200 alumnos de enseñanza media de la comuna de Concepción determinó que el sexo es un factor de riesgo relevante. Otro estudio efectuado en 9015 estudiantes secundarios en Beijing reportó que estudiantes del sexo femenino tuvieron significativamente mayor riesgo de ideación suicida que los estudiantes del sexo masculino (OR: 1.4, $P < 0,001$).⁽⁵²⁾ Sin embargo, en esta muestra escolarizada las mujeres no presentaron mayor riesgo de ideación suicida que los varones.

Además es importante destacar que no se encontró relación entre la ideación suicida con la etapa de la adolescencia. Estos resultados se

contraponen con otros estudios dirigidos a poblaciones adolescentes, los cuales sugieren que el riesgo de conducta suicida se relaciona con la edad, siendo inusual su aparición antes de los 15 años. Un estudio efectuado en Hong Kong a una muestra de 5557 estudiantes revela que la adolescencia temprana presenta un menor riesgo de ideación suicida. ⁽⁵⁵⁾ Al igual que una investigación efectuada en una muestra de 570 escolares mexicanos, en la cual el riesgo de ideación suicida e intentos suicidas se incrementa con la edad (OR:1.44, $P < 0,001$), hecho que en nuestra investigación no es evidenciado ya que las diversas etapas no representan riesgo de ideación suicida. ⁽⁵⁾

En la presente investigación se encontró una asociación entre ideación suicida y disfuncionalidad familiar. Este hallazgo corrobora los resultados de trabajos anteriores que ya habían dejado entrever el papel que cumple la familia en la ideación suicida en los adolescentes. Un estudio efectuado en Guadalajara ⁽³⁸⁾ a 343 adolescentes señala que el manejo inadecuado de los conflictos en la familia (OR: 2.59, IC 95% 1.26-5.31), la ausencia de manifestaciones afectivas en el hogar, la comunicación escasa se comportaron como factores de riesgo suicida en este estudio. Otra estudio realizado a 62 individuos con riesgo suicida y sus respectivas familias en la Habana Cuba encontró que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo importante en la conducta suicida ⁽³⁶⁾

Nuestros resultados están acordes con lo identificado por el estudio epidemiológico en la comuna de Chillan en Chile en una muestra de 763 adolescentes escolarizados en la que se identificó a la baja cohesión familiar como predictor de suicidalidad ($r: -0,36$; $p < 0,001$) ⁽⁵¹⁾ Además otro estudio en Manitoba Canadá a 1032 adolescentes reveló que la disfuncionalidad de la familia es uno de los principales factores asociados con los indicadores suicidas en este grupo etario. ⁽⁵³⁾

La existencia de migración familiar es un factor de riesgo de ideación e intento suicida reconocido en una investigación a 1284 familias de migrantes mexicanos (OR: 1.50; IC: 1.06, 2.11) ⁽⁵⁶⁾ Así como un estudio a 1044 estudiantes de la ciudad de Cuenca que determinó que los adolescentes hijos de migrantes fueron un grupo de mayor riesgo en particular para trastornos de tipo emocional. ⁽⁴⁴⁾ En nuestro estudio encontramos que la migración de la madre confiere riesgo de ideación suicida en la población estudiada, no así la migración paterna, hallazgos que no han sido corroborados por estudios previos.

CONCLUSIONES

Existe una elevada prevalencia de ideación suicida en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca y la migración de la madre y la disfuncionalidad familiar resultaron ser factores de riesgo de ideación suicida en los/as adolescentes estudiados/as constituyendo un serio problema de salud pública en nuestra ciudad.

Además la migración del padre y la etapa de la adolescencia no resultaron ser factores de riesgo de conducta suicida en los estudiantes de enseñanza media.

RECOMENDACIONES

Es importante diseñar proyectos de intervención multidisciplinario que tengan por objetivo la modificación a mediano plazo de los factores familiares esenciales de riesgo para la conducta suicida y que potencien la acción de los factores protectores de salud mental en los adolescentes.

Recomendamos utilizar el cuestionario que aplicamos en nuestra investigación como un instrumento diagnóstico de riesgo suicida y capacitar a los profesionales en la elaboración de estrategias de intervención en su ámbito, que contribuya al reconocimiento, determinación y atención inmediata de adolescentes con riesgo de suicidio.

Se recomienda también la realización de estudios posteriores con diseños longitudinales que permitan determinar el comportamiento de la ideación suicida en el tiempo, además de corroborar su progresión en el espectro de la suicidalidad y explore otros factores de riesgo reportados en la literatura como predictores en la población joven, como uso y abuso de sustancias, presencia de comorbilidad psiquiátrica y características del comportamiento o de la personalidad de los sujetos afectados tales como impulsividad, baja autoestima, escasa capacidad para afrontar las frustraciones, conflictos y sentimientos de desesperanza.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Child and Adolescent mental health. [online] Helsinki 2005. [citado 3 septiembre de 2008] Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/MNH/ebrief14.pdf>
2. CAMPOS C., Mauricio, PADILLA C., Susana, VALERIO R., Juan. Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. Costa Rica 2004, p. 14-24.
3. OMS/OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. 2003, p. 201-202.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Choosing to die, a growing epidemic among the Young. Boletín of the World Health Organization 2001, 79 (12), p. 1175. [online] Helsinki 2005. [citado 10 septiembre de 2008] Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2001/issue12/79\(12\)1175-1177.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2001/issue12/79(12)1175-1177.pdf)
5. Madrigal L, Eduardo. Causas del Suicidio. Boletín Latinoamericano de Adolescencia. Suicidio. No 10. Guadalajara. México. 2004, p.3.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide Prevention. 2009. [online] [citado 10 septiembre de 2009] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/charts/en/index.html
7. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. SISSE [base de datos en CD-ROM] Versión 4.5.
8. ROLDAN, B. Primeras Jornadas Nacionales de Suicidología. Programa de atención al paciente con intento de suicidio y prevención de factores de riesgo. Cuenca, junio 2007.
9. ALINO SANTIAGO, Miriam, LOPEZ ESQUIROL, Juana R. y NAVARRO FERNANDEZ, Raymundo. Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. Rev. Cubana Med Gen Integr. [online]. Ene.-mar. 2006, vol.22, no.1 [citado 31 Marzo 2009]. Disponible en la World Wide Web: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi09106.htm
10. BORGES, V. GUEVARA, B. Estudio de ideación suicida en adolescentes de 15 a 19 años. Estud. Psicol. (Natal) [online]. sep-dic 2006, vol. 11,

- no.3 C, p.0-0. Disponible en la World Wide Web:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-94X2006000300012&lng=en&nrm=iso
11. OCHOA, M. Primeras Jornadas Nacionales de Suicidología Cuenca. [online].junio2007. [citado 10 Mayo 2009] Disponible en:
http://www.suicidologia.org.ar/files/ecuador/suicidologia_mariana_ochoa.pdf
 12. Durkheim, E. El Suicidio. [online]. [citado 31 Marzo 2009]. Disponible en:
<http://bibliotecasociologia.blogspot.com/search/label/Durkheim>
 13. Martínez C. Introducción a la Suicidología. Teoría, investigación e intervenciones. [online]. Buenos Aires. 2007. [citado 20 Mayo 2009].
<http://www.suicidologia.org.ar/?definicion-de-suicidio,29>
 14. VAZQUEZ, José. PSIQUIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Ed. Aula Médica, Madrid España 1999. Pág. 754-755.
 15. ALARCON, R. Mazzotti, G. NICOLINI H. Psiquiatría. 2da ed. Editorial El Manual Moderno. OPS. México. D.F 2003. Pág. 868-870.
 16. CALVO G., José, SANCHEZ P.M, Ricardo, TEJADA A., Paola. Prevalencia de ideación en estudiantes universitarios. Bogotá 2003, vol.6, no.2 [citado 10 Septiembre 2008]. Disponible en la World Wide Web:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642003000200002&lng=es&nrm=iso.
 17. MUNOZ M, Jerson, PINTO M, Verónica, CALLATA C, Héctor *et al*. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*. [online]. oct./dic. 2006, vol.23, no.4 [citado 29 Junio 2009], p.239-246. Disponible en la World Wide Web:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400002&lng=es&nrm=iso
 18. PEREZ, S. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? [online] [citado 31 marzo 2009]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>
 19. OMS. Prevención del suicidio recurso para consejeros. Ginebra 2006. p.

20. BOBES, J. PORTILLA, M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica. 3ª ed. Ars Médica. Barcelona 2004. p 74.
21. OMS. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud. Ginebra 2000.
22. HAQUIN F, Carlos, LARRAGUIBEL Q, Marcela y CABEZAS A, Jorge. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev. chil. pediatr.* [online]. oct. 2004, vol.75, no.5 [citado 06 Septiembre 2008], p.425-433. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-410620040005000003&lng=es.
23. Botega Neury José, Barros Marilisa Berti de Azevedo, Oliveira Helenice Bosco de, Dalgalarondo Paulo, Marín-León Letícia. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [serial on the Internet]. 2005 Mar [cited 2008 Sep 06] ; 27(1): 45-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000100011&lng=en&nrm=iso.
24. BREIHL, J. Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires. 2003, p.211.
25. BREIHL, J. GRANDA, E. Investigación de la Salud en la Sociedad. Guía Pedagógica sobre el nuevo enfoque del método epidemiológico. Ed. CEAS. Quito 1985.
26. DULANTO, E. Adolescentes. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México D.F. 2000 p.. 143-200.
27. GIDDENS, A. Consecuencias de la modernidad. Ed. Alianza. Madrid. 1994, p. 18-20.
28. MORIN, E. KERN, A. Agonía Planetaria. Mundialización, Globalización y Sistema Capitalista. [online] [citado 10 enero 2009]. Disponible en: <http://roci.net/globalizacion/2002/fg270.htm>
29. BECK, U. ¿Qué es la Globalización? Ed. Pardós. Barcelona 2002.
30. Durkheim, E. El Suicidio. [online] [citado 20 julio 2009].. Disponible en:

<http://www.scribd.com/doc/5301993/Emile-Durkheim-El-Suicidio>

31. Roca Chiapas José María de la. Psicoanálisis y epidemiología del suicidio en Guanajuato de 1997 a 2001: reflexiones sobre jóvenes. Salud pública Méx [serial on the Internet]. 2008 .Feb [cited 2008 Sep 06] ; 50(1): 4-5. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000100004&lng=en&nrm=iso.
32. OPS. La salud de los adolescentes y jóvenes. Publicación Científica No 552. Washington D.C 1995, p.356.
33. SILBER, T. MUNIST, M. Manual de Medicina de la Adolescencia. OPS Washington D.C. 1992, p. 13-14.
34. OMS. Prevención del Suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal Institucional. Ginebra 2001.
35. LARRAGUIBEL Q., Marcela, GONZALEZ M., Patricia, MARTINEZ N., Vania et al. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. chil. pediatr. [online]. mayo 2000, vol.71, no.3 [citado 31 Marzo 2008], p.183-191. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lng=es&nrm=iso.
36. GUIBERT REYES, Wilfredo y TORRES MIRANDA, Niurka. Intento Suicida y funcionamiento familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. sep.-oct. 2001, vol.17, no.5 [citado 31 Marzo 2008], p.452-460. Disponible en la World Wide Web: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI08501.htm
37. PINOS, G. Semiología y Síndromes en Psicopatología. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2005, p. 53.
38. VALADEZ-FIGUEROA, Isabel, QUINTANILLA-MONTOYA, Roque, GONZALEZ-GALLEGOS, Noé et al. El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. Salud pública Méx [online]. 2005, vol. 47, no. 1 [citado 2008-09-06], pp. 1-2. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100001&lng=es&nrm=iso.

39. GUIBERT REYES, Wilfredo y DEL CUETO DE INASTRILLA, Eloísa R. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. sep.-oct. 2003, vol.19, no.5 [citado 13 Marzo 2006], p.0-0.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000500004&lng=es&nrm=iso.
40. GUIBERT REYES, Wilfredo y ALONSO ROLDAN, Ada P. Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. mar.-abr. 2001, vol.17, no.2 [citado 31 Marzo 2008], p.155-163. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.
41. PRADO, R. Factores de riesgo en la conducta suicida y las estrategias de prevención. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2004; 1 (2-3).
42. PINOS, A, Guido, MOROCHO, M., Ismael. Características demográficas, psicológicas y familiares del paciente con conducta suicida. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2006. Rev. Facultad de Ciencias Médicas de Universidad de Cuenca, vol. 28, p. 55-60.
43. AGUILAR M., Jorge. VARGAS M., Jaime, et al. Migración, Salud Mental y Disfunción familiar: Impacto socioemocional en la Familia del Indígena Oaxaqueño Migrante. Centro Regional de Investigación en Psicología, México. vol.2 no1. 2008, p. 51-62.
44. PINOS A., Guido, PERALTA P., Jorge, OSORIO Q., Cecilia. Intervención Psicológica en problemas emocionales y de conducta de adolescentes, hijos de migrantes. 2003-2004. Revista de la Universidad de Cuenca.
45. Jaramillo, J. Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes de 10 a 19 años de edad de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, mayo-octubre del 2007. Tesis de grado.
46. SAAD, Enma, SAAD, Julia, CUEVA, Edison. Causas socioeconómicas de la emigración en el Ecuador y su Impacto en la Adolescencia. Revista Tecnológica, vol 17, no 1. Junio 2004.
47. HORWITZ, J.M. Familia y Salud familiar. Un enfoque para la atención

- primaria. Bol. OPS. Vol 98. No2.1995.
48. ENGELMAYER, O. Psicología evolutiva de la infancia y la adolescencia. Ed. Kapelusz. Argentina. 1980, p. 229-233.
49. Cuestionarios y Escalas de Valoración en Salud Mental. Test de Apgar Familiar. [online] [citado 10 de enero de 2009]. Disponible en: <http://utcas.org/uto/castellano/infotrastornos/infoApgarFamiliar.asp>
50. BOBES, J. SAIZ, P. Comportamientos suicidas. Prevención y Tratamiento. Ars Medica. Barcelona 2004, p.266.
51. Salvo G Lilian, Melipillán A Roberto. Predictores de suicidalidad en adolescentes. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [periódico en la Internet]. 2008 Jun [citado 2009 Mayo 27] ; 46(2): 115-123. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272008000200005&lng=es.
52. CHENG, Y. TAO, M. RILEY, L. et al. Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. Child Care Health Dev. 2009 May;35(3):313-22
53. SIDHARTHA, T. JENA, S. Suicidal behaviors in adolescents Indian J Pediatr. 2006 Sep;73(9):783-8.
54. Peter T, Roberts LW, Buzdugan R Suicidal ideation among Canadian youth: a multivariate analysis Arch Suicide Res. 2008;12(3):263-75.
55. Kwok SY, Shek DT. Socio-demographic correlates of suicidal ideation among Chinese adolescents in Hong Kong. Int. J. Adolesc Med Health. 2008 Oct-Dec; 20(4):463-72.
56. Borges G, Breslau J, Miller M. Immigration and suicidal behavior among Mexicans and Mexican Americans. Am. J. Public Health Apr; 99(4): 728-33.

ANEXO #1



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**FORMULARIO PARA ESTUDIO SOBRE IDEACIÓN SUICIDA Y
FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE LOS
COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD DE CUENCA. FEBRERO
2009”**

La información proporcionada en este formulario será utilizada para obtener los datos necesarios para la investigación propuesta y además serán absolutamente confidenciales.

Formulario #.....

Fecha de la encuesta ____/____/____

I. Datos Generales.

1.1. Nombre del Colegio _____

1.2. Curso _____

1.3. Edad en años cumplidos _____

1.4. Sexo: Masculino ☐

 Femenino ☐

II. Emigración familiar:

2.1 Padre emigrante: SI ☐ NO ☐

¿Cuánto tiempo? Años.....

2.2 Madre emigrante: SI ☐ NO ☐

¿Cuánto tiempo? Años.....

III. Funcionalidad familiar:

3.1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

Casi nunca ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐

3.2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

Casi nunca ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐

3.3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

Casi nunca ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐

3.4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

Casi nunca ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐

3.5. ¿Siente que su familia le quiere?

Casi nunca ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐

IV. ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

a. *Características de la actitud hacia la vida / muerte.*

4.1. Su deseo de vivir es:

Moderado a fuerte ☐ Débil ☐ Ninguno ☐

4.2. Su deseo de morir es:

Ninguno ☐ Débil ☐ Moderado a fuerte ☐

4.3. Sus razones para vivir o morir:

Porque seguir viviendo vale más que morir ☐

Aproximadamente iguales ☐

Porque la muerte vale más que seguir viviendo ☐

4.4. ¿Desearía intentar decisivamente un suicidio?

Ninguno ☐ Débil ☐ Moderado a fuerte ☐

4.5. Deseo pasivo de suicidio.

Tomaría precauciones para salvar su vida (por ej. dejaría la puerta abierta para que alguien llegue a su auxilio) ☐

Dejaría su vida / muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada) ☐

Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida ☐

b. *Características de los pensamientos / deseos suicidas.*

4.6. ¿Cuánto tiempo duran las ideas o deseos suicidas?

Breve, períodos pasajeros ☐

Períodos más largos ☐

Continuo (crónico), o casi todo el tiempo ☐

4.7. ¿Con qué frecuencia presenta ideas o deseos suicidas?

Rara, ocasional ☐ Intermitente ☐ Persistente o continuo ☐

4.8. ¿Qué actitud presenta ante los pensamientos o deseos de suicidio?

Rechazo ☐
Indiferencia ☐
Aceptación ☐

4.9. ¿Cree que tiene control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo?

Tiene sentido de control ☐
No tiene seguridad de control ☐
No tiene sentido de control ☐

4.10. Factores disuasorios del intento activo. (ej. familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).

No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio ☐
Los factores disuasorios tienen cierta influencia ☐
Influencia mínima o nula de los factores disuasorios ☐

4.11. ¿Porqué contemplaría un intento de suicidio?

Manipular el medio, atraer atención, vengarse ☐
Combinación de ambos ☐
Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta ☐

c. *Características del proyecto de un intento de suicidio*

4.12. Método: especificación o planes para un intento

No los ha considerado ☐
Los ha considerado, pero sin detalles específicos ☐
Los detalles están especificado, bien formulados ☐

4.13. Método: accesibilidad / oportunidad.

Método no disponible, no tiene acceso; no hay oportunidad ☐
El método llevaría tiempo o esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente. ☐
Método y oportunidad accesible ☐

4. 14.- Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.

No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente ☐
Inseguro de su coraje, competencia ☐
Seguro de su valor, capacidad ☐

4.15.- Expectativas / anticipación de un intento real

No ☐
Incierto, no seguro ☐
Sí ☐

d. *Realización del intento proyectado.*

4.16.- Preparación real para un intento

Ninguna

Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)

Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

☐☐☐

4. 17.- Notas acerca del suicidio.

No escribió ninguna nota

Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla

Nota completa

☐☐☐

4.18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: despedida, donaciones, etc).

Ninguno

Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados

Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

☐☐☐

4.19.- Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea).

Reveló estas ideas abiertamente

Fue reacio a revelarlas

Intentó engañar, encubrir, mentir

☐☐☐

5. Observaciones:

6. Nombre del Investigador/a

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN: DRA. DIANA LARRIVA
VILLARREAL

ANEXO #2



UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DEL / LA ESTUDIANTE

La adolescencia se caracteriza por profundas transformaciones físicas, emocionales y sociales que podrían ocasionar la aparición de diversas conductas de riesgo, por lo que su detección oportuna constituye una de las primeras tareas de la investigación, para el establecimiento de estrategias de intervención entre los jóvenes.

Por tanto es oportuno informarle que se llevará a cabo un estudio sobre salud mental de los adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, y que su hijo/a ha sido escogido/ para participar en este estudio. Este estudio consiste en la aplicación de un cuestionario sobre salud mental.

La información proporcionada por el/la estudiante, será utilizada para obtener los datos necesarios para la investigación propuesta y además serán absolutamente confidenciales.

Procedimientos

- Los y las adolescentes que acepten participar en el estudio firmarán conjuntamente con su representante legal este consentimiento informado.
- A los y las adolescentes que ingresaren al estudio se les aplicará un cuestionario y un test psicológico.
- El formulario no implica ningún riesgo para los y las adolescentes.
- Los datos obtenidos serán absolutamente confidenciales.
- El programa es absolutamente gratuito.

Yo (padre de familia y/o madre de familia, o representante legal) libremente y sin ninguna presión, acepto que mi hijo/a participe en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma Padre y/o Madre de familia. Representante legal

Yo, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información recibida.

Estudiante